

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение телемедицинской консультации**

1. Я, нижеподписавшийся (аяся)

_____ (Ф.И.О. пациента/законного представителя (родители, усыновители, опекуны)
настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о необходимости проведения телемедицинской консультации по поводу:

а) моей болезни _____
2. б) болезни _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, недееспособного)
Представляемого мной на основании _____
_____ (наименование и реквизиты правоустанавливающего документа, кем, когда выдан)

3. Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения телемедицинской консультации.
4. Добровольно в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое согласие на проведение мне (представляемому мной лицу) телемедицинской консультации.
5. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации, осознаю риск, связанный с возможной утечкой информации.
6. Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения будут иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее лечение моей болезни или лечение болезни несовершеннолетнего будет осуществляться лечащим врачом медицинского учреждения, где мне оказывается медицинская помощь.
7. Не возражаю против передачи данных о моей болезни или болезни несовершеннолетнего, записи телемедицинской консультации на электронные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
8. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на телемедицинскую консультацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

« ____ » _____ 2026г. _____ / _____ /
(подпись пациента или его законного представителя) (расшифровка подписи)

Настоящий документ оформлен

_____ (лечащий врач, заведующий отделением ЛПУ, другой специалист,
_____ принимающий непосредственное участие в обследовании и лечении)

по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого).

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников ЛПУ.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)